

CAPÍTULO V / ETAPA 4

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Cristina Augusto, António Luís Carvalho e Cristina Barroso

A SCE é um fenômeno comum pela sua prática corrente em instituições de saúde de países como o Reino Unido, a Austrália, a Nova Zelândia e a Escandinávia (Koivu, Hyrkas, e Saarinen, 2011; Cutcliffe, Sloan e Bashaw, 2018). Encontram-se inclusive, publicadas algumas *guidelines* nesses contextos para a prática da supervisão clínica a enfermeiros. (Nottingham University Hospitals, 2014; Care Quality Commission, 2013; Nursing and Midwifery Board of Australia, 2015; Te Pou, 2009). Em Portugal, o aparecimento dos processos de SCE teve por base a conjugação de três fatores que historicamente marcaram o desenvolvimento da profissão: “i) o movimento da educação permanente, na década de 1970; ii) os estudos em matéria de qualidade e cuidados de enfermagem; iii) os processos de certificação de qualidade” (Abreu, 2007, p.181). Contudo, estes processos só estão bem sedimentados na supervisão clínica de estudantes, apesar da formação estar contemplada nos currículos de diversas formações superiores em enfermagem, bem como, estar já preconizada nos discursos da OE.

O capítulo que nos propomos apresentar trata da avaliação dos resultados da implementação do Modelo SafeCare. A implementação deste modelo pode influenciar diferentes vetores de todo o processo (figura 5). Nas instituições de saúde pode melhorar a qualidade dos serviços de saúde (Coelho, Miranda, Bezerra, Guedes e Cabral, 2012). Nos clientes de cuidados pode melhorar a sua recuperação clínica e o seu grau de satisfação (Bradshaw, Butterworth e Mairs, 2007). Nos profissionais de enfermagem pode melhorar o seu exercício profissional (Silva, Pires e Vilela, 2011).

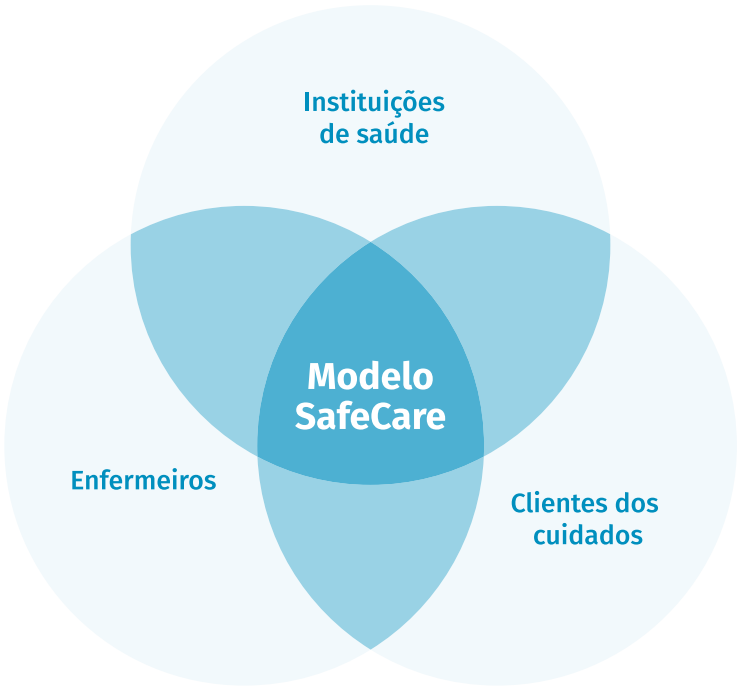
De acordo com a revisão sistemática efetuada por Cutcliffe, Sloan e Bashaw (2018) sobre a avaliação da SCE, existe um corpo limitado de estudos empíricos sobre a determinação e medição dos efeitos da SCE. Assim, de acordo com os autores, este corpo de trabalho deve ser considerado como “Emergente”. Existe, no entanto, um pequeno conjunto de trabalhos empíricos que relatam sobre os efeitos positivos da SCE, sendo esses trabalhos consistentes ao longo do tempo e dos locais onde foram realizados, com a preponderância de estudos quantitativos, contrariamente ao que vinha sendo feito, e que privilegiava apenas a dimensão qualitativa.

O que a investigação em enfermagem, cada vez mais, revela é que a supervisão clínica é fundamental para dar suporte aos enfermeiros e para os ajudar a desenvolver e melhorar as suas práticas (Dilworth, Higgins, Parker, Brian e Turner, 2013). Koivu, Saarinen e Hykas (2012), num estudo realizado ao longo de três anos, verificaram que os enfermeiros que exerciam funções em serviços médicos e cirúrgicos, e que estiveram envolvidos em processos de supervisão clínica destacaram-se em aspetos como autoconfiança, orientação e envolvimento no seu trabalho relativamente aos seus pares, que não estiveram envolvidos. Os enfermeiros que experimentaram a supervisão clínica encararam-na como uma mudança positiva e, como uma oportunidade de participar em algo que os ajudaria no desenvolvimento profissional. Os profissionais mais velhos, que participaram nos processos de supervisão clínica, por sua vez, procuraram, também, uma ajuda para resolver conflitos de

papéis de forma a atingir altos níveis de desempenho. Ainda no mesmo estudo, os autores verificaram que os enfermeiros a quem foi prestada supervisão clínica eficiente reportaram melhores recursos profissionais e pessoais e ficaram mais motivados e envolvidos na instituição onde trabalhavam. Já os enfermeiros que revelaram mais sentimentos de angústia (e alguns burnout) foram aqueles a quem a supervisão clínica prestada não foi considerada eficiente.

Em contextos de enfermagem na psiquiatria, a implementação de um modelo de supervisão clínica, demonstrou benefícios quer individuais para os participantes, quer benefícios relacionados com o próprio trabalho (Gonge e Buus, 2011). Os autores destacam maior satisfação no trabalho, mais vitalidade, estratégias de coping mais eficazes e menos stress, exaustão emocional e despersonalização (Gonge e Buus, 2011).

Figura 4
Vetores do processo de implementação
do Modelo SafeCare



No que diz respeito ao efeito da supervisão clínica nos clientes de cuidados Snowdon, Leggat e Taylor (2017) apresentam uma revisão sistemática com a finalidade de determinar se a SC dos profissionais de saúde melhora a eficácia dos cuidados e a experiência dos clientes. Os autores verificaram que a SC dos profissionais de saúde está relacionada com a eficácia dos cuidados prestados. Também encontraram uma melhoria significativa no processo de cuidados aos clientes. Contudo, na mesma revisão sistemática, poucos estudos demonstraram um efeito direto sobre o estado de saúde dos clientes, com exceção da relação da supervisão clínica e os profissionais de saúde mental. No entanto, verificaram que parece haver uma associação entre a SC e a redução dos sintomas psicológicos dos clientes com patologia do foro mental. Os autores também não encontraram estudos onde estivesse presente a associação entre a supervisão clínica dos profissionais de saúde e a dimensão da qualidade dos cuidados experienciada pelos clientes.

Para além da investigação efetuada no efeito da supervisão clínica nos profissionais e nos clientes de cuidados, é necessário que também se investigue na forma como a supervisão clínica pode afetar fatores institucionais e questões relacionadas com o ambiente de trabalho (Jones, 2006 e Sloan, 2006, cit. por Gonge e Buus, 2011).

No planeamento do Modelo SafeCare está prevista uma avaliação efetiva da sua implementação, tendo em conta os diferentes vetores apresentados, nomeadamente, perceber qual a eficácia da implementação na instituição de saúde, nos enfermeiros e nos cuidados prestados aos clientes. Desta forma, de seguida apresentamos o método adotado na avaliação do modelo.

Poder-se-á dizer que a forma de avaliação da implementação deste modelo seguiu a mesma metodologia adotada na etapa 1

denominada de diagnóstico de situação, para que pudéssemos ter resultado comparáveis. Contudo, em cada um dos vetores afetados pelo processo de implementação, introduzimos alguns pontos que merecem destaque.

O processo de avaliação do modelo que aqui apresentamos diz respeito à implementação do modelo na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, mais concretamente, à sua implementação no departamento de cirurgia. Assim, no que diz respeito ao impacto da implementação do modelo junto dos enfermeiros, optamos pela utilização de um método misto (quantitativo e qualitativo), pois pareceu-nos ser o mais apropriado e que nos permitia compreender num vasto domínio o fenómeno em estudo.

Do ponto de vista quantitativo, utilizamos dois instrumentos já construídos por outros autores, que nos permitiram ter acesso ao nível de satisfação profissional dos enfermeiros e das suas capacidades de inteligência emocional antes e após a implementação do modelo.

A satisfação profissional refere-se, essencialmente, ao grau em que um colaborador gosta do seu trabalho (Jiang, Lambert, Liu e Zhang, 2017). Pode ser vista como a resposta emocional do trabalhador a diferentes fatores relacionados com o seu trabalho, como prazer, conforto, confiança, recompensas (extrínsecas ou intrínsecas), crescimento pessoal e várias oportunidades positivas como mobilidade ascendente, reconhecimento pessoal. (Temesgen, Aycheh e Leshargie, 2018). A satisfação no trabalho tem efeitos significativos nos outcomes institucionais, como a qualidade no atendimento (Boamah, Read e Laschinger, 2017), desempenho no trabalho, comprometimento institucional, burnout e turnover (Jiang et al., 2017). Alguns estudos demonstraram que a supervisão clínica aumenta a satisfação profissional (Gonge e Buus, 2011; McGilton et al., 2016), e, que, altos níveis

de satisfação profissional melhoram a qualidade dos cuidados prestados (Leggat et al., 2010; Boamah et al., 2017).

No que diz respeito à satisfação profissional utilizamos a “Escala da Satisfação Profissional do Documento Normativo n.º 2482.1 da ULSM” (ESP-ULSM) pois é um instrumento já familiar dos enfermeiros e da própria instituição. Este instrumento é constituído por quatro diferentes subescalas: a satisfação com o superior hierárquico; a satisfação com as relações profissionais; a satisfação com a qualidade do local de trabalho; e, a satisfação com o investimento na melhoria contínua da qualidade. A EPS-ULSM contempla uma escala de *likert* de cinco pontos (1-mau, 2-regular, 3- bom, 4-muito bom e 5-excelente), e os enfermeiros tiveram que a preencher no início (etapa 1) e novamente após a implementação do modelo (etapa 4), e assinalar a opção que melhor expressasse a sua opinião sobre as diferentes questões colocadas.

A inteligência emocional é conhecida como um novo critério para avaliar o bem-estar das pessoas e uma importante competência para melhorar o desempenho no trabalho (Sparrow e Knight, 2006). A inteligência emocional pode ser definida como a capacidade, a competência, a habilidade ou a capacidade autopercebida de identificar, avaliar e gerir as emoções de si mesmo, dos outros e dos grupos (Serrat, 2017). As pessoas que possuem um alto grau de inteligência emocional conhecem-se muito bem, e, também, são capazes de sentir as emoções dos outros (Serrat, 2017). A inteligência emocional é relatada como fundamental para os profissionais de saúde por ser eficaz quando se trabalha com clientes, bem como por estes profissionais trabalharem no seio de equipas de saúde (Borges et al., 2015; Hurley e Stansfield, 2012). As competências de inteligência emocional nos enfermeiros são vitais para a prática de enfermagem pois esta envolve cuidados complexos a pessoas, muitas das vezes,

emocionalmente vulneráveis devido a doenças físicas ou mentais (Foster, 2015).

No que diz respeito à inteligência emocional utilizamos a VBEI-CS® (Veiga, 2005), validada para a população de enfermeiros por Vilela (2006). Esta versão é composta por 85 itens com escala do tipo likert de 7 pontos variando entre “Nunca” (1) e “Sempre” (7). Os itens estão divididos em cinco subescalas, nomeadamente: autoconsciência (20 itens), gestão de emoções (18 itens), automotivação (21 itens), empatia (12 itens) e gestão de relacionamentos em grupos (14 itens).

Na avaliação quantitativa do impacto da implementação do modelo nos enfermeiros, entregamos um único instrumento dividido em três partes: a primeira parte consistia na caracterização sociodemográfica dos enfermeiros; a segunda parte consistia na avaliação das capacidades de inteligência emocional, com base no instrumento já apresentado; e, na terceira fase, pretendíamos avaliar o grau de satisfação dos enfermeiros, de acordo com o instrumento já mencionado.

Para conseguirmos emparelhar as respostas dos profissionais em ambas as etapas do modelo, foram entregues dois exemplares do instrumento, em formato de papel dentro de um envelope fechado. A esses dois instrumentos foi atribuído um igual código numérico aleatório, foi explicado todo o procedimento, e foi pedido que preenchessem apenas um dos exemplares na etapa 1 e antes da implementação do modelo. Os profissionais foram, ainda, instruídos a guardar o outro instrumento num local seguro (por exemplo, o seu cacifo) para, na última etapa do modelo (etapa 4) procederem ao seu preenchimento.

Alguns enfermeiros que iniciaram todo este processo acabaram por não o concluir, uma vez que se ausentaram ou por mobilidade, ou por licença de maternidade ou gravidez de risco. Os

questionários desses enfermeiros, uma vez terminado o processo, e não tendo correspondência numérica na etapa final, foram removidos, de forma a ficar apenas, com todos os questionários emparelhados.

Relativamente à metodologia qualitativa utilizada para avaliação do impacto da implementação do modelo nos enfermeiros, foram efetuadas entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros supervisionados do contexto que se mostraram disponíveis para o efeito. Foram realizadas um total de 8 entrevistas aos enfermeiros supervisionados e outras 8 aos enfermeiros supervisores clínicos.

A entrevista é a forma de recolher dados mais disseminada e utilizada na investigação qualitativa; “é o instrumento mais adequado para delimitar os sistemas de representações, de valores, de normas veiculadas por um indivíduo” (Albarelo et al., p.89). É através da entrevista que os sujeitos podem exprimir livremente os seus pensamentos sobre um determinado assunto, podendo garantir que se conheçam outros aspetos de maior amplitude e profundidade que um questionário fechado não permite. Também, como há uma interação entre o enfermeiro supervisor major e os enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisionados, é possível recolher dados de detalhes que de outra forma seria menos provável. Esta situação, contudo, pode introduzir alguma subjetividade na investigação que deve ser reconhecida no momento da decisão por esta técnica.

Contudo, reconhecemos estas limitações, e optamos pela entrevista semiestruturada uma vez que permite a “certeza de se obter dados comparáveis entre os vários sujeitos” (Bogdan e Biklen, 1994, p.135).

Foi, então, elaborado um guião de entrevista, com um conjunto de questões abertas, não com o intuito de se assumir como algo rígido, mas apenas para facilitar como orientação em todo

o processo. Tanto quanto possível, foi permitido aos entrevistados falarem abertamente sobre as questões colocadas, de forma a poderem expressar o mais fielmente possível as suas ideias. Apenas uma ou outra vez, tivemos necessidade de orientar os enfermeiros no sentido de darem respostas eficazes às questões. O papel do enfermeiro supervisor major na entrevista semiestruturada é de seguir “a linha de pensamento do seu interlocutor, ao mesmo tempo que zela pela pertinência das afirmações, relativamente ao objetivo da pesquisa, pela instauração de um clima de confiança e pelo controle do impacto das condições sociais da interação sobre a entrevista” (Albarelo et al., 1997, p.95).

No que diz respeito ao impacto da implementação do Modelo SafeCare na qualidade dos cuidados aos clientes, importa primariamente definir este conceito. A definição de altos níveis de qualidade de cuidados pode incluir três componentes: cuidados seguros, cuidados que são clinicamente eficazes e cuidados que proporcionam experiências positivas aos clientes (National Health Service, 2008). Ou seja, cuidados seguros significam que estes são prestados de forma a garantir que não causamos danos aos clientes, proporcionando um ambiente seguro e limpo, reduzindo ao máximo danos evitáveis como por exemplo, taxas de infeção. Por cuidados clinicamente eficazes entende-se o sucesso de diferentes tratamentos para diferentes condições. Isto pode ser avaliado, por exemplo, através de taxas de mortalidade ou de sobrevivência ou através de taxas e medidas implementadas para diminuir as complicações. Relativamente ao último componente, as experiências positivas dos clientes, entende-se tudo o que possa melhorar os cuidados prestados. Esta componente só pode ser melhorada se for analisada e compreendida a satisfação dos clientes com as suas próprias experiências (National Health Service, 2008).

Concretamente, na implementação deste modelo, tentamos compreender o impacto da qualidade dos cuidados prestados

através da utilização de dois indicadores. Estes foram a avaliação do risco de queda e a avaliação da dor, pois, de acordo com os enfermeiros gestores do contexto, estes focos de atenção necessitavam de uma intervenção para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem. Para o efeito foram construídos instrumentos de avaliação do risco de queda e da dor, baseados na padronização do SClínico® existente nos contextos. Este instrumento foi preenchido em três momentos diferentes para cada caso em análise. Ou seja, a um cliente selecionado para o estudo seriam efetuadas três avaliações com o mesmo instrumento de colheita de dados, em três momentos diferentes: num primeiro momento, pelo enfermeiro responsável pelo cliente no turno; num segundo momento, pelo enfermeiro supervisor major junto do próprio cliente; num terceiro momento, o instrumento seria preenchido com base nos registos efetuados para aquele turno e para aquele cliente recorrendo à aplicação informática SClínico disponível no contexto.

No que diz respeito ao impacto da implementação do Modelo SafeCare junto da instituição poder-se-á dizer que tudo o que foi dito até aqui tem impacto direto na instituição. Mais concretamente, se tivermos profissionais mais satisfeitos, dotados de maiores capacidades de inteligência emocional, mais competentes do ponto de vista da sua prática clínica, que prestem cuidados mais sustentados na última evidência disponível, e com maior poder de reflexão. Se tivermos clientes que possam verbalizar experiências positivas pelos cuidados prestados (como, por exemplo, não sentirem dor, ou quando esta surgiu, ter sido rapidamente diagnosticada e tratada), que possam ter menos complicações durante o período de internamento (como por exemplo, pela correta avaliação do risco de queda), por ventura, todas estas aspetos têm impacto direto na instituição. No entanto, para termos outra forma de avaliar o impacto da SC na instituição, pensamos perceber junto dos enfermeiros gestores do contexto e gestor institucional os outcomes da im-

plementação do modelo. Para isso, realizamos entrevistas semiestruturadas e esses enfermeiros. Foi construído um guião de entrevista com questões abertas, de forma a orientar todo o processo. Tal como nas entrevistas realizadas anteriormente, permitimos que nas entrevistadas os enfermeiros falassem abertamente sobre as questões colocadas de modo a percebermos se a implementação do modelo teve repercussões positivas e visíveis a nível institucional.

Após o tratamento de dados quantitativos efetuado através da estatística analítica, foi possível comparar os resultados obtidos na fase 1 com a fase 4, facto que nos permitiu verificar o impacto da adoção do modelo nos IS-SCE. Estes resultados foram complementados pelos testemunhos dos enfermeiros gestores institucionais e gestores de contexto, assim como os enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisionados, através da análise de conteúdo contida nos discursos obtidos nas entrevistas.

Em suma, todo o processo de avaliação da implementação do modelo pretendeu compreender qual o impacto do mesmo nos diferentes vetores do processo, nomeadamente, na instituição de saúde, nos profissionais sujeitos ao processo de SC e nos próprios clientes de cuidados. Estamos, contudo, conscientes, que todos estes vetores não são estanques na sua avaliação, e que se influenciam mutuamente numa dinâmica de processo.

A implementação do modelo, para além dos contributos que possa ter garantido à instituição, aos enfermeiros e aos clientes dos cuidados, também contribuiu para a reflexão acerca da SC, para as suas práticas e para potenciar a implementação do mesmo modelo, com as devidas melhorias, que deste processo possam advir.